ملخص

يعد تضيق تحت المزمار (SGS) مشكلة إكلينيكية معقدة صعبة ، لها مسببات معقدة. في الجزء الأول إلى منتصف هذا القرن ، كانت SGSفي كثير من الأحيان عقابيل للعدوى أو الصدمة ، ولكن في الآونة الأخيرة ، التنبيب الرغامي ، مع توفير الدعم التنفسي المطلوب ، قد عجل بالعديد من حالات تضيق تحت المزمار المكتسب. بالإضافة إلى أن بعض الأطفال يعانون من تضيق تحت المزمار SGS) الخلقي .(نادراً ما يصاب المرضى بالتضيق دون معالجة مسبقة لمجرى الهواء SGS) مجهول السبب.(

نظرًا لأن المرضى الذين يعانون من تضيق تحت المزمار والقصبة الهوائية غالبًا ما يكون لديهم آفات أخرى مسدودة في مجرى الهواء ، يجب أن يتضمن التقييم الكامل تقييمًا لمجرى الهواء الحنجري الرغامي بأكمله.

يظل التصوير الشعاعي للصدر العادي (بما في ذلك صور الطور الزفير والاستلقاء) هو إجراء التصوير الأولي في معظم المرضى ؛ ومع ذلك ، فإن الممرات الهوائية المركزية هي من بين أكثر المناطق التي يتم تجاهلها في التصوير الشعاعي للصدر. بمجرد ملاحظة اضطراب مجرى الهواء المركزي في التصوير الشعاعي للصدر العادي أو المشتبه به سريريًا ، هناك عدد من إجراءات التصوير الشعاعي المتاحة لتقييم هذه المنطقة بشكل أكبر. الطريقة التي يتم تجاهلها بشكل شائع هي التنظير الفلوري البسيط ، والذي يسمح بالتقييم الديناميكي للتغيرات في الشعب الهوائية المركزية ، وتشمل الطرق الأخرى ، التصوير الشعاعي الجاف ، والتصوير المقطعي للحنجرة ، وتصوير الحنجرة على النقيض ، والتصوير المقطعي المحوسب والتصوير بالرنين المغناطيسي.(MRI)

التقييم الجراحي لانسداد مجرى الهواء المزمن هو العنصر الأكثر تحديدًا في العمل التشخيصي لهذه المشكلة التي تهدد الحياة. يمكن أن يوفر التقييم بالمنظار أفضل تقييم للآفة المسدودة وغالبًا ما يكون الإعداد للتدخل الجراحي الأولي.

قد تكون اختبارات وظائف الرئة مفيدة في الحكم على موقع وشدة انسداد مجرى الهواء.

حاولت التجارب الحديثة القياس الصوتي لمنطقة المقطع العرضي للحنجرة لتحديد موقع وشدة التضيق ، ولكن

تعتمد مبادئ استعادة مجرى الهواء الحنجري بشكل أساسي على سلامة الهيكل الحنجري. الغضروف الحلقي هو الحلقة الكاملة الوحيدة في الجهاز التنفسي وهو مسؤول عن سالكية منطقة تحت المزمار ، حيث أنه أضيق جزء من الحنجرة والقصبة الهوائية.

تتضمن إدارة تضخم تحت المزمار خيارين رئيسيين:

-الإدارة بالمنظار.

-إدارة جراحية مفتوحة.

ربما يكون إجراء التنظير الداخلي الأكثر شيوعًا هو الاستئصال بالليزر للتضيق والدعامات داخل اللمعة. الآفات الضيقة الأكثر قابلية لهذه التقنية هي آفات المرحلة المبكرة مع الأنسجة الحبيبية والآفات الناضجة مع أجزاء قصيرة من التليف داخل اللمعة ولكن لا يوجد إصابة للهيكل العظمي الغضروفي.

التضيق الذي يزيد طوله عن 1 سم ، وله تورط حاد في القصبة الهوائية أو القصبة الهوائية ، عندما تفشل الطرق التنظيرية أو ترتبط الآفات الضيقة بتدمير الغضروف أو فقدان جدار القصبة الهوائية ، يلزم إجراء عمليات جراحية مفتوحة. تتضمن هذه الإجراءات إما استئصال الجزء الضيق مع مفاغرة نهاية إلى نهائية أو توسيع مجرى الهواء مع العظام أو الغضاريف أو اللوحات النسيجية الرخوة.

تسمح هذه الإجراءات المفتوحة بالتعرض الواسع لعلم الأمراض واستكشاف الهياكل المجاورة التي يحتمل أن تكون متورطة.

استئصال القصبة الهوائية مع مفاغرة نهاية إلى نهاية هو الإجراء المفضل لتضيق القصبة الهوائية القطعي المعزول الناضج أو تلين الرغامي. على الرغم من أن حالات تضيق القصبة الهوائية وتضيق تحت المزمار المشترك قد تمت معالجتها عن طريق الاستئصال والتفاغر الدرقي الرغامي الأولي.

تم تصميم إجراءات التكبير المختلفة لتوسيع التجويف وتوفير الدعم الهيكلي والبطانة الظهارية ، وغالبًا ما يتم تطبيق هذه الإجراءات في الحالات الأكثر تعقيدًا التي تتضمن مواقع متعددة من التضيق أو الإصابة ، وهي تشمل:

-ترقيع الغضروف الساحلي.

-توسط عظم اللامي.

-رفرف الباب القصي اللامي الدوار.

-زراعة غضروف الحاجز الأنفي المركب.

-السديلة القصية الترقوية الخشائية.